

✓ OBJETIVO

El proyecto *Cardio Right Care Control RCV*, impulsado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y las tres principales sociedades de familia (la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [SEMERGEN], la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [semFYC] y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG]), tiene como objetivo **conocer la realidad del manejo clínico de los pacientes con dislipidemia y diferente nivel de riesgo cardiovascular en España**, a partir de la información recibida por los profesionales, **con la finalidad de poder encontrar áreas para la mejora clínica en el manejo de estos pacientes.**

✓ MÉTODOS

Encuestas realizadas a través de una web a profesionales de las cuatro sociedades científicas.

Fases del proyecto:

FASE 1

Elaboración del cuestionario, registro de las respuestas durante un período de cuatro meses y, posteriormente, tabulación de los datos.



FASE 2

Elaboración del documento *Right Care*.



FASE 3

Plan de difusión de los resultados y de las propuestas de mejoras.



✓ CONCLUSIONES

En conclusión, el proyecto *Cardio Right Care Control RCV* permite identificar aquellos aspectos y áreas de mejora en el paciente con dislipidemia en España, que incluyen la necesidad de un mayor empleo de las guías de práctica clínica por algunos médicos, la identificación del paciente con riesgo extremo, establecer los objetivos terapéuticos adecuados de c-LDL y una mejor optimización del tratamiento hipolipemiante.

✓ RESULTADOS

Se recogieron cuestionarios de 959 profesionales de toda España.

ACTITUD DEL MÉDICO ANTE EL PACIENTE CON DISLIPEMIA

La escala más empleada para la estratificación del riesgo es **SCORE (54,9%)** y la guía más seguida es la de la **European Society of Cardiology (50,5%)**. La gran mayoría (892) realiza un perfil lipídico antes de comenzar el tratamiento, y el principal parámetro en el que se basan para establecer los objetivos de control es el **c-LDL (85,2%)**.

En torno a un 12% de los médicos no utiliza ninguna guía para el manejo de los pacientes con dislipidemia.



Es relevante ya que las guías de práctica clínica no solo establecen los objetivos terapéuticos basados en la evidencia, sino que también establecen pautas de actuación y mejora.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Existe la percepción de que la mayoría de los pacientes son de **prevención primaria (57,7%)**, y el **31,4% tiene un riesgo cardiovascular alto-muy alto**.



Según el estudio LIPYCARE (realizado entre la población española con hipercolesterolemia), el 45% de los pacientes presenta un riesgo cardiovascular alto-muy alto.

OBJETIVOS DE CONTROL

En los pacientes con un **riesgo alto**, el 60,4% cree que el objetivo de c-LDL es de 71-100 mg/dL. En los de **riesgo muy alto** y en **prevención secundaria**, el 22,9% y 27,0%, respectivamente, considera que el objetivo es > 70 mg/ml.



Estos objetivos se quedan lejos de las actuales recomendaciones. Es importante concienciar a los médicos de la importancia que tiene alcanzar los nuevos objetivos de control, ya que estos se asocian con un riesgo menor de presentar complicaciones cardiovasculares.

El 60,0% y el 66,4% de los investigadores piensan que sus pacientes en prevención primaria y secundaria, respectivamente, logran los objetivos de control.



Estudios como el IBERICAN, en prevención primaria, o el REPAR y el EUROASPIRE V, en prevención secundaria, muestran que los porcentajes de control están muy por debajo de estas cifras.

TRATAMIENTOS HIPOLIPEMIANTES

Las estatinas son los fármacos hipolipemiantes más empleados, seguidos de la ezetimiba.

Cuando un paciente no está controlado adecuadamente con una estatina, en la mayoría de los casos se aumenta la dosis de esta o se cambia a otra estatina.



La Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipidemias recomienda prescribir una estatina de alta intensidad a la dosis máxima tolerada para alcanzar el objetivo establecido. Si no se alcanzan los objetivos con la dosis máxima tolerada de una estatina, se recomienda la combinación con ezetimiba.

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO E INERCIA TERAPÉUTICA

La mala adherencia al tratamiento y la inercia terapéutica son los motivos principales del mal control del c-LDL.